

Aus der Psychosomatischen Klinik  
der Justus Liebig-Universität Gießen  
(Direktor: Professor Dr. Dr. H. E. Richter)

---

KRANKHEITSTHEORIEN UND BEHANDLUNGSERWARTUNGEN  
PSYCHOSOMATISCHER PATIENTEN

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizinischen Fakultät  
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von  
Franz Georg Plaum  
aus Fulda

Gießen 1968

1969



Aus der Psychosomatischen Klinik  
der Justus Liebig-Universität Gießen  
(Direktor: Professor Dr. Dr. H. E. Richter)

---

KRANKHEITSTHEORIEN UND BEHANDLUNGSERWARTUNGEN  
PSYCHOSOMATISCHER PATIENTEN

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizinischen Fakultät  
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von  
Franz Georg Plaum  
aus Fulda

Gießen 1968

Dekan: Prof. Dr. H. Rettig

Referent: Prof. Dr. Dr. H. E. Richter

Korreferent: Prof. Dr. A. Derwort

Tag der mündlichen Prüfung: 27. 11. 1969



## Vorwort

Diese Arbeit geht auf eine Anregung von Herrn Prof. Dr. Dr. H.E. Richter zurück und ist mit seiner Unterstützung durchgeführt worden. Besonderer Dank gebührt auch seinen Mitarbeitern, Herrn Dipl.-Psychologen D. Beckmann für seine eingehende Beratung vor allem in methodischen Fragen und Frl. U. Rosin, die am Gelingen der Patientenbefragung wesentlichen Anteil hat.

Gießen, März 1968



## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                    |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Einleitung und Formulierung der Hypothesen .....                                                | Seite 1 |
| 2. Beschreibung der Stichprobe .....                                                               | 4       |
| 3. Methodik .....                                                                                  | 5       |
| 4. Ergebnisse .....                                                                                | 9       |
| Quantitative Auswertung der Einstellungsskalen ..                                                  | 9       |
| Beschreibung der Ergebnisse der Faktorenanalyse .                                                  | 13      |
| Typische Vorstellungen zur Genese der Beschwerden<br>und typische Behandlungserwartungen .....     | 15      |
| Korrelation der typischen Einstellungen mit den<br>Items des Symptomenkatalogs .....               | 19      |
| Korrelation der typischen Einstellungen mit den<br>Items des charakterologischen Fragebogens ..... | 21      |
| Korrelation der typischen Einstellungen mit den<br>Skalen des MMPI-Testes .....                    | 24      |
| Beschreibung der MMPI-Profile der gruppierten<br>Patienten .....                                   | 26      |
| 5. Diskussion .....                                                                                | 30      |
| Die psychologischen Zusammenhänge von<br>Einstellungstyp I .....                                   | 30      |
| Die psychologischen Zusammenhänge von<br>Einstellungstyp II .....                                  | 32      |
| Die psychologischen Zusammenhänge von<br>Einstellungstyp III .....                                 | 34      |
| Die Validität und der Erkenntniswert<br>der Ergebnisse .....                                       | 35      |
| 6. Zusammenfassung .....                                                                           | 37      |
| 7. Literaturverzeichnis und Anhang .....                                                           | 38      |



## 1. Einleitung und Formulierung der Hypothesen

Diese Untersuchung beschäftigt sich mit dem Krankheitsverhalten (illness behavior) der Patienten, die zum erstenmal die Psychosomatische Klinik der Universität Gießen aufsuchen.

Im Gegensatz zu den Verhältnissen der traditionellen somatischen Medizin sind die Erklärungsversuche der Patienten zur Genese und Art ihrer Krankheit und ihrer Behandlungserwartungen für die Psychosomatische Medizin von großer Bedeutung. Der somatisch orientierte Arzt empfindet die Erklärungsversuche des Patienten eher als irritierend. Er weist sie oft als typisch laienhaftes Kausalitätsbedürfnis zurück und versucht, Diagnose und Ätiopathogenese mit seinen Methoden selbst herauszufinden, unabhängig davon, was der Patient darüber denkt. Ganz anders verhält es sich in der Psychosomatischen Medizin. Hier ist der Patient nämlich weniger Objekt, sondern vielmehr Subjekt im gesamten diagnostischen und therapeutischen Bemühen. Seine Bereitschaft zur Kooperation ist daher für eine sinnvolle Behandlung nicht nur erwünscht, sondern notwendige Voraussetzung.

Wir nehmen an, daß diese Bereitschaft des Patienten, im Sinne einer kooperativen Psychotherapie mitzuarbeiten, sehr von seiner Einstellung zur Krankheit abhängt. Diese läßt ihn seine Krankheit in bestimmter Weise organisieren und zeigt sich in seinem Krankheitsverhalten. Wenn aber die eigene Einsicht des Patienten in die Ursprünge und die Zusammenhänge seiner Krankheit mit ihren Konsequenzen für die Diagnosestellung und die Therapie eine so hervorragende Rolle spielt, dann scheint es uns wichtig, die psychosomatische Forschungsarbeit in dieser Richtung voranzutreiben. Die vorliegende Arbeit will diesem Anliegen gerecht werden. Sie stellt einen Einstieg in ein Gebiet dar, das nach unserem Wissen in der psychosomatischen Literatur noch kaum beschrieben worden ist.

Wir gehen davon aus, daß dem Krankheitsverhalten eine typische Einstellung zugrunde liegt, die sich im Laufe der Anamnese aus der

Wechselwirkung zwischen den Beschwerden, dem Individuum, das mit ihnen konfrontiert ist, und vielfältigen Umwelteinflüssen herausgebildet hat.

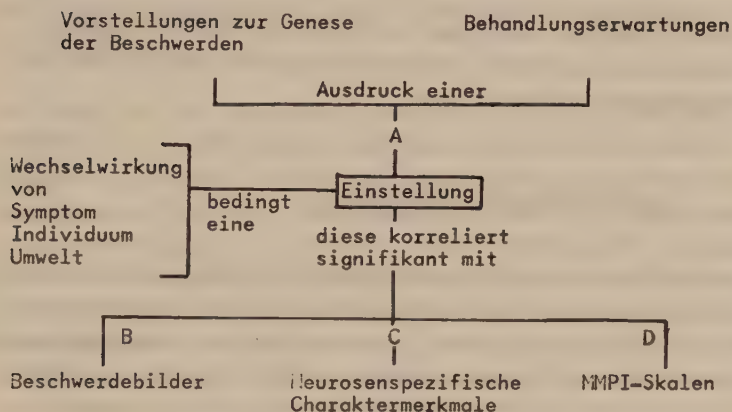
Wir verstehen unter dem Begriff Einstellung (attitude) eine "andauernde, gelernte Prädisposition, sich gegenüber einer Klasse von Objekten in konsequenter Weise zu verhalten; eine ständige geistige Bereitschaft, auf ein gewisses Objekt oder eine Klasse von Objekten zu reagieren, doch nicht gemäß ihrer Realität, sondern gemäß ihrer Einbildung. Es gelingt, durch die Folgerichtigkeit der Antwort gegenüber einer Klasse von Objekten die Einstellung zu identifizieren. Die Reaktionsbereitschaft hat eine richtungsweisende Wirkung auf das objektbezogene Fühlen und Handeln."<sup>1</sup>

Diese Einstellung im Sinne einer prädisponierten Bereitschaft zu bestimmten Verhaltensweisen schlägt sich bei der vorliegenden Untersuchung in den Vorstellungen nieder, die psychosomatische Patienten zur Genese ihrer Beschwerden und zu möglichen Therapieformen haben. Da die Einstellungen der Patienten nicht bekannt sind, muß methodisch der umgekehrte Weg gegangen werden; d.h. es müssen zuerst die Vorstellungen der Patienten zur Genese ihrer Beschwerden und zu möglichen Therapieformen ermittelt werden, um dann von diesen Ergebnissen rückläufig auf die zugrundeliegende Einstellung zu schließen. Zu diesem Zweck wird ein besonderer Fragebogen<sup>5</sup> entworfen und ausgewertet, wobei folgende Hypothese angenommen wird:

A. Bei der Auswertung der Fragebogenergebnisse schälen sich mehrere voneinander unabhängige typische Vorstellungen zur Genese der Beschwerden und typische Behandlungserwartungen heraus. Jeder dieser Typen ist Ausdruck einer bestimmten Einstellung, die sich ableiten läßt.

Von dieser grundlegenden Hypothese ausgehend, wird zudem versucht, das typische Verhalten der Patienten anhand weiterer Untersuchungsergebnisse, die mit den Ausgangsdaten signifikant korrelieren, genauer zu beschreiben.

Abb. 1 Darstellung der Hypothesen A, B, C, D und methodischer Zusammenhang



Die Patienten füllen deshalb drei weitere Fragebögen aus, ein fünfter wird vom jeweils explorierenden Arzt beantwortet. Da wir annehmen, daß sich die Einstellungen der Patienten ebenfalls in den Fragebögen niederschlagen, werden drei zusätzliche Hypothesen formuliert:

- B. Den typischen Einstellungen entsprechen charakteristische Beschwerdebilder, die mit Hilfe eines Symptomenkatalogs<sup>6</sup> gefunden werden können (67 Einzelsymptome, die alle bevorzugt bei neurotischen Patienten vorkommen).
- C. Die typischen Einstellungen hängen außerdem mit neurosenspezifischen Charaktermerkmalen zusammen, die einem charakterologischen Fragebogen<sup>7</sup> entnommen werden können (24 Fragen, die einmal vom Patient selber, zum anderen vom explorierenden Arzt nach dem Erstinterview ausgefüllt werden).
- D. Die typischen Einstellungen gehen auch einher mit bestimmten psychischen Fehlhaltungen, soweit diese durch den MMPI-Test<sup>8</sup>

erfaßt werden können (MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory, ein 566 Fragen umfassender standardisierter Persönlichkeitstest).

Eine Zusatzhypothese fordert, daß die Patienten, deren Fragebögen aus irgendeinem Grund nicht auswertbar sind, sich von den Übrigen nicht signifikant unterscheiden.

## 2. Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtzahl der an der Erhebung beteiligten Patienten beträgt 49, die alle zum erstenmal die Psychosomatische Klinik der Universität Gießen aufsuchen und vor ihrem Erstinterview die Fragebögen ausfüllen. Nur der MMPI-Test wird aus Zeitgründen oft nach dem Erstinterview beantwortet, um den klinischen Betrieb nicht zu sehr zu stören. Studenten, die zur psychotherapeutischen Studienberatung wollen, sowie Privatpatienten sind von der Erhebung ausgeschlossen.

Die Verteilung der Geschlechter ist mit 25 Frauen und 24 Männern gleichmäßig. Der jüngste Patient ist 18 Jahre alt, der älteste 73, wobei das Durchschnittsalter bei 33 Jahren liegt. Die Berufsverteilung umfaßt 28 % gelernte, 2 % ungelernte Arbeiter, 20 % gelernte, 14 % ungelernte Angestellte, 20 % Hausfrauen, 4 % Selbständige, 2 % Beamte und auch jeweils 2 % Schüler, Studenten, Rentner sowie ohne Beruf.

Das Spektrum der Diagnosen umfaßt 75 % Neurosen, 11 % Psychosen, 6 % Soziopathien und 8 % körperliche Erkrankungen ohne nachweisbare Psychogenese.

Erfahrungsgemäß gelingt es nur selten, bei einer derartigen Erhebung alle Fragebögen korrekt ausgefüllt und vollständig zurückzubekommen. In diesem Falle liefern 19 Patienten insgesamt unbrauchbare Resultate. Die Gründe hierfür sind verschieden. Einige Patienten sind psychisch nicht in

der Lage gewesen, die zweieinhalbstündige Prozedur (706 Fragen!) durchzustehen (4), andere nicht willens (2). Bei anderen sind es Zeitmangel oder weitere Gründe (2). Der Rest der 19 Patienten hat zu viele Fragen unbeantwortet gelassen, so daß ihre Ergebnisse nicht auswertbar sind.

Wir halten es für besser, diese Patienten nicht noch nachträglich zum vollständigen Ausfüllen der Fragebögen zu drängen, da Druck die Ergebnisse noch eher verunsichert hätte. Die Zusatzhypothese, daß sich die ausgefallenen Patienten nicht signifikant von den 30 auswertbaren unterscheiden, kann mit Hilfe der Chi-Quadrat-Probe für unabhängige nicht normalverteilte Stichproben überprüft werden. Weder für die Symptombilder (67 Einzelsymptome) noch für die Alters- und Geschlechtsverteilung läßt sich ein statistisch bedeutsamer Unterschied nachweisen, so daß die Zusatzhypothese als gesichert angesehen werden kann.

### 3. Methodik

Wie schon erwähnt, ist zur Überprüfung der A-Hypothese ein Fragebogen konstruiert worden, der es ermöglicht, die Vorstellungen der Patienten zur Genese ihrer Beschwerden und ihre Behandlungserwartungen objektiv zu messen.

Zu 31 Fragen werden die Patienten aufgefordert anzugeben, ob dieser oder jener Einfluß bei der Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Beschwerden nicht, kaum, mittel, erheblich oder stark beteiligt gewesen ist. Einer der fünf Skalierungspunkte soll unterstrichen werden. Das Spektrum der Fragen umfaßt eine Reihe von Faktoren, von denen wir annehmen, daß sie vom Patienten im oben genannten Sinn als pathogenetisch wirksam eingeschätzt werden:

#### 1. Die allgemeine biologische Disposition, z.B.

nervöse Übererregbarkeit (Frage 15)  
ererbte Neigung zu vegetativer Labilität (8)  
angeborene wenig stabile körperliche Verfassung (6)

2. Eine versteckte organische Krankheit, z.B.

allgemeine Kreislaufschwäche (26)  
versteckte körperliche Krankheit (28)  
durchgemachte körperliche Krankheit (1)  
Störung im Bereich des Gehirns (14)

3. Temporäre biologische Bedingungen, z.B.

körperliche Umstellungsphasen (6)

4. Persönlichkeitsbedingte Merkmale, z.B.

zu große Strenge gegenüber sich selbst (25)  
fehlende innere Sicherheit durch mangelnden  
religiösen oder weltanschaulichen Halt (5)  
etwas überhöhte Lebensansprüche (23)  
zu starkes Sich-Gehen-Lassen aus Bequemlichkeit (18)  
situationsbedingte Ängste (4)  
nicht Überwindbare innere Hemmungen (27)  
allgemeine Erschöpfung (2)  
allgemeine Hetze heute (9)  
zu wenig und zu schlechter Schlaf (20)  
dauernde Überlastung (16)  
Eintönigkeit im Alltag (22)  
sexuelle Schwierigkeiten (24)  
Genußmittelabusus (3)  
fehlende körperliche Bewegung (11)  
ausschweifende Lebensweise (30)

5. Schädliche soziale Einflüsse, z.B.

Vereinsamung durch Verlust eines geliebten  
Partners oder einer geliebten Umgebung (12)  
unsichere wirtschaftliche und finanzielle Lage (21)  
Fehlen einer ausfüllenden Beschäftigung durch  
nicht ganz richtige Berufswahl (29)  
mangelnde persönliche Anerkennung (19)  
Schwierigkeiten mit Kollegen oder Vorgesetzten  
im Beruf (10)  
unsichere politische Lage (31)

Auf den Skalenpunkten nicht, kaum, mittel, erheblich, stark bildet  
sich die Bedeutsamkeit ab, die der Patient den aufgezählten Einflüssen  
zubilligt.

Der zweite Teil des Fragebogens umfaßt 18 Fragen und gibt den Patien-  
ten die Gelegenheit, sich zu äußern, wie ihnen am besten geholfen

werden kann. Es sollen hiermit ihre Erwartungen zu möglichen Behandlungsweisen untersucht werden. Die Patienten werden aufgefordert, den entsprechenden Skalenwert zu unterstreichen, ob ihnen der Arzt mit dieser oder jener Therapie nicht, kaum, vielleicht, wahrscheinlich oder bestimmt helfen kann:

1. Die eigentliche körperliche Ursache herausfinden (36)

2. Änderung der bewußten Lebenseinstellung, z.B.

Hilfe beim Gewinnen eines festeren inneren Halts (44)  
Überwinden der Gleichgültigkeit (38)

3. Überwindung unbewußt verankerter Schwierigkeiten, z.B.

Aufklärung des Zusammenhangs zwischen seelischen  
Problemen und den Beschwerden (42)  
Gespräche über die Schwierigkeiten (48)  
Hinzuziehung des Chefarztes (39)  
Hemmungen ablegen (40)  
Überwindung von Einsamkeitsgefühlen (47)  
Hypnosebehandlung (34)

4. Beseitigung schädlicher sozialer Einflüsse, z.B.

Menschen der Umgebung verständnisvoller machen (49)  
erträglichere Gestaltung der häuslichen Situation (45)  
Verbesserung der beruflichen Situation (33)

5. Änderung der allgemeinen Lebensweise, z.B.

Ausarbeiten eines straffen Behandlungsplanes (35)  
Verschreibung eines längeren Kuraufenthaltes (41)  
mehr Schonung (32)  
einiges in der Lebensweise ändern (mehr Schlaf,  
mehr Bewegung ...) (37)  
für eine regelmäßige Medikamenteneinnahme sorgen (43)  
arbeitsunfähig schreiben (49)

Auf den Skalenpunkten nicht, kaum, vielleicht, erheblich, bestimmt bildet sich wiederum die subjektive Bedeutsamkeit ab, die der Patient den Therapieformen zubilligt.

Als Methode zur statistischen Auswertung des Fragebogens ist die Q-Faktorenanalyse gewählt worden, die vom Deutschen Rechenzentrum in Darmstadt durchgerechnet worden ist, und zwar nach der Hauptachsenmethode (principal axis method of factoring).<sup>2</sup> Der Klarheit halber wird an dieser Stelle nur auf die Resultate eingegangen. Es handelt sich bei der Faktorenanalyse um eine mathematische Methode, die es u.a. ermöglicht, die Patienten nach ihren Vorstellungen zu ordnen, die sie bezüglich der Pathogenese ihrer Beschwerden und möglicher Behandlungsformen haben. Wir können von diesen Vorstellungen bestimmte Einstellungstypen ableiten, die voneinander unabhängig sind und durch Faktoren repräsentiert werden.

Derartige Faktoren, die jeweils eine Einstellung typisch verkörpern, stellen das Resultat dieser Faktorenanalyse dar. Alle Patienten der Stichprobe, die zur Auswertung gelangen, stehen diesen Typen mehr oder weniger nahe, wobei sich der Grad der Ähnlichkeit in der "Ladung" ausdrückt, die der Patient "auf dem jeweiligen Faktor" hat. Je mehr die Ladung auf einem Faktor sich dem Wert 1 nähert, desto größer ist die Ähnlichkeit mit der betreffenden Einstellung.

Um den Faktor interpretieren zu können, müssen diejenigen Fragebogenmerkmale unter den 49 Fragen gefunden werden, die in den Einstellungstyp eingehen. Zu diesem Zweck werden häufig sogenannte "Faktorenscores" (z.B. geschätzt über multiple Regressionen) ermittelt. Wir halten jedoch diese Methode nicht für sinnvoll, da hier faktorendifferente Unterschiede verwischt werden können, die uns jedoch zentral interessieren. Deshalb werden die Ladungen eines Faktors mit den Skalenwerten jeder Frage korreliert, und zwar durch Berechnung des Vierfelderkorrelationskoeffizienten  $\Phi^3$ , der ein brauchbares Maß für den Zusammenhang nicht normalverteilter Häufigkeiten darstellt, wie sie in diesem Fall gegeben sind. (Weder die Ladungen eines Faktors noch die Skalenwerte eines Fragebogenmerkmals verhalten sich normalverteilt.)  $\Phi$ -Werte über oder gleich 0.35 werden auf dem 5 % Verlässlichkeitsniveau als gesichert angenommen.

In gleicher Weise - nämlich über die Berechnung des Phi-Korrelationskoeffizienten - lassen sich auch die Hypothesen B, C, D überprüfen. Die Ladungen auf einem Faktor werden also darüberhinaus noch mit den Skalenwerten der einzelnen Beschwerden korreliert, die im Symptomenkatalog aufgeführt sind, ferner mit den entsprechenden Ergebnissen der charakterologischen Fragebögen und des MMPI-Tests. Man erhält auf diese Weise Symptomenbilder, neurosenspezifische Charaktermerkmale und MMPI-Skalen, in denen sich die durch den Faktor repräsentierte Einstellung niederschlägt. Sie ermöglichen es, die typischen Einstellungen treffender zu beschreiben, weil wir annehmen, daß sie aus diesen resultieren. Phi-Werte über oder gleich 0,35 werden auf dem 5 % Niveau als signifikant angenommen.

#### 4. Ergebnisse

Zunächst soll erwähnt werden, für wie wichtig die 30 ausgewerteten Patienten die einzelnen Einflüsse bei der Pathogenese ihrer Beschwerden einschätzen und welche davon für sie die bedeutsamsten bzw. unbedeutsamsten sind. Der prozentuale Anteil der Patienten, die mittel, erheblich, stark angekreuzt haben, ist bei der folgenden Aufstellung jeweils hinter dem Merkmal wiedergegeben:

##### 1. Allgemeine biologische Disposition, z.B.

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Frage 15 nervöse Übererregbarkeit               | 70 % |
| 8 ererbte Neigung zur veget. Labilität          | 42 % |
| 6 angeborene, wenig stabile körperl. Verfassung | 23 % |

##### 2. Versteckte organische Krankheit, z.B.

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| 26 allgemeine Kreislaufschwäche       | 53 % |
| 28 versteckte körperliche Krankheit   | 40 % |
| 1 durchgemachte körperliche Krankheit | 33 % |
| 14 Störung im Bereich des Gehirns     | 13 % |

##### 3. Temporäre biologische Bedingung, z.B.

|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| 17 körperliche Umstellungsphasen | 13 % |
|----------------------------------|------|

4. Persönlichkeitsbedingte Merkmale, z.B.

- 2 allgemeine Erschöpfung 60 %
- 9 allgemeine Hetze heute 57 %
- 4 situationsgebundene Ängste 57 %
- 27 innere Hemmungen 53 %
- 20 zu schlechter und zu wenig Schlaf 50 %
- 16 dauernde Überlastung 37 %
- 22 Eintönigkeit im Alltag 33 %
- 24 sexuelle Schwierigkeiten 30 %
- 25 zu große Strenge gegenüber sich selbst 27 %
- 5 fehlende innere Sicherheit durch mangelnden weltanschaulichen oder religiösen Halt 23 %
- 3 Genußmittelabusus 20 %
- 11 fehlende körperliche Bewegung 20 %
- 13 Medikamentenabusus 20 %
- 23 Überhöhte Ansprüche an das Leben 16 %
- 18 zu starkes Sich-Gehen-Lassen 13 %
- 30 ausschweifende Lebensweise 13 %

5. Schädliche soziale Einflüsse, z.B.

- 12 Vereinsamung durch Verlust eines geliebten Menschen oder einer geliebten Umgebung 47 %
- 21 unsichere wirtschaftliche und finanzielle Lage 16 %
- 19 mangelnde persönliche Anerkennung 13 %
- 10 Schwierigkeiten mit den Vorgesetzten oder Kollegen im Beruf 10 %
- 31 unsichere politische Lage allgemein 7 %

Die am häufigsten bzw. seltensten mit mittel, erheblich, stark angekreuzten schädlichen Einflüsse sind:

a) häufig

- 15 nervöse Übererregbarkeit 70 %
- 2 allgemeine Erschöpfung 60 %
- 9 allgemeine Hetze 57 %
- 4 situationsgebundene Ängste 57 %
- 27 innere Hemmungen 53 %
- 26 allgemeine Kreislaufschwäche 53 %
- 20 zu wenig und zu schlechter Schlaf 50 %

b) selten

- 31 unsichere politische Lage allgemein 7 %
- 10 Schwierigkeiten mit den Vorgesetzten und Kollegen im Beruf 10 %

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| 19 mangelnde persönliche Anerkennung | 13 % |
| 30 ausschweifende Lebensweise        | 13 % |
| 18 zu starkes Sich-Gehen-Lassen      | 13 % |
| 17 körperliche Umstellungsphasen     | 13 % |
| 14 Störung im Bereich des Gehirns    | 13 % |

Beim Betrachten dieser quantitativen Auswertung der Fragen zur Genese der Beschwerden fällt auf, daß sozialen Faktoren wie eine unsichere politische Lage, mangelnde persönliche Anerkennung, Schwierigkeiten im Beruf nur geringer Einfluß zugebilligt wird (31, 10, 19). Dieser Befund deutet darauf hin, daß die Patienten geneigt sind, sich stärker mit sich selbst zu beschäftigen, so daß konkrete soziale Einflüsse für sie nicht relevant werden. Bewußte falsche Lebenseinstellungen - Ausschweifungen und zu starkes Sich-Gehen-Lassen - werden ebenso wie eine mögliche cerebrale Störung von der Mehrheit der Patienten abgewiesen (30, 18, 14); im Gegenteil, sie leiden unter inneren Hemmungen und situationsgebundenen Ängsten (4, 27). Während Hemmungen und Ängste hier als neurosenspezifisch angesehen werden können, sind die allgemeinen Einflüsse wie z.B. nervöse Übererregbarkeit, Schlafstörung, allgemeine Erschöpfung, Hetze und Kreislaufschwäche unspezifisch und einem gesellschaftlich gängigen Populärkonzept über die Genese ihrer Beschwerden entlehnt (15, 2, 9, 26, 20).

Auch die Behandlungsformen werden in ihrer voraussichtlichen Wirksamkeit unterschiedlich eingeschätzt. Die Prozentangaben spiegeln die Patientenzahl wider, die sie als vielleicht, wahrscheinlich oder bestimmt helfend einstufen:

1. Herausfinden der körperlichen Ursache 80 %  
(Frage 36)

2. Änderung der bewußten Lebenseinstellung, z.B.

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| 44 festeren inneren Halt gewinnen | 70 % |
| 38 Gleichgültigkeit Überwinden    | 30 % |

### 3. Überwindung unbewußt verankerter Schwierigkeiten, z.B.

- 42 Aufklärung des Zusammenhangs zwischen seelischen Problemen und den Beschwerden 76 %
- 48 Schwierigkeiten im Gespräch klären 73 %
- 46 Chefarzt hinzuziehen 60 %
- 40 Hemmungen ablegen 50 %
- 47 Einsamkeitsgefühle überwinden 40 %
- 34 Hypnosebehandlung 33 %

### 4. Beseitigung schädlicher sozialer Einflüsse, z.B.

- 49 Menschen in der Umgebung verständnisvoller machen 30 %
- 45 erträgliche Gestaltung der häuslichen Situation 20 %
- 33 Verbesserung der beruflichen Situation 20 %

### 5. Änderung der allgemeinen Lebensweise, z.B.

- 35 Ausarbeiten eines straffen Behandlungsplanes 67 %
- 41 Verschreiben eines längeren Kuraufenthaltes 53 %
- 32 mehr Schonung 47 %
- 37 einiges in der Lebensweise ändern (mehr Schlaf, mehr Bewegung ...) 36 %
- 43 für eine regelmäßige Medikamenteneinnahme sorgen 30 %
- 39 arbeitsunfähig schreiben 16 %

Die am stärksten mit Erfolgserwartungen (bzw. am wenigsten) verknüpften Behandlungsformen sind in den Augen der Patienten:

#### a) stark

- 36 Herausfinden der körperlichen Krankheit 80 %
- 42 Aufklärung des Zusammenhangs zwischen den Beschwerden und den seelischen Problemen 76 %
- 48 Schwierigkeiten im Gespräch klären 73 %
- 44 Gewinnen eines festen inneren Halts 70 %
- 35 Ausarbeiten eines straffen Behandlungsplans 67 %
- 41 Verschreiben eines Kuraufenthaltes 53 %
- 46 Hinzuziehung des Chefarztes 60 %
- 40 Hemmungen ablegen 50 %

#### b) wenig

- 39 arbeitsunfähig schreiben 16 %
- 33 Verbesserung der beruflichen Situation 20 %
- 45 häusliche Situation erträglicher gestalten 20 %

In der Einschätzung der Therapieformen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bestätigt sich die schon oben erwähnte Ich-Bezogenheit der Patienten, denn Änderungen des häuslichen und beruflichen Milieus (39, 33, 45) werden als unzureichend angesehen. Dagegen versprechen sich die meisten eine Besserung vom Herausfinden der körperlichen Ursache sowie von einem Kuraufenthalt (36, 41) und von der Aufklärung der Zusammenhänge zwischen seelischen Problemen und ihren Beschwerden im Gespräch (42, 48). Das Verlangen nach einem straffen Behandlungsplan, nach Hilfe beim Gewinnen einer festeren inneren Haltung oder Ablegen der Hemmungen (40) sowie nach Hinzuziehung des Chefarztes weisen (46, 35, 44) deutlich auf psychische Fehlhaltungen mit passiv-depressiven und narzißtischen Komponenten hin. Auffallend ist zudem, daß die Mehrzahl der Patienten sowohl eine auf das Somatische ausgerichtete Therapie als auch eine Psychotherapie befürwortet - ein Hinweis, daß somatische und psychische Beschwerden sich oft wechselseitig im Sinne eines circulus vitiosus bedingen und kaum isoliert voneinander verstanden werden.

### Beschreibung der Ergebnisse der Faktorenanalyse

Durch die im Abschnitt zuvor beschriebene quantitative Auswertung der Fragebogenergebnisse lassen sich nur ungenaue Angaben über die Vorstellungen der Patienten zur Genese ihrer Beschwerden und zu möglichen Therapieformen (Behandlungserwartungen) machen. Das hypothetische Ziel vor allem, typische Einstellungen von den Stellungnahmen her abzuleiten, wird nicht erreicht. Es wird nämlich nichts über mögliche Merkmalskombinationen ausgesagt, in denen sich Einstellungstypen niederschlagen, die deshalb Ausdruck derselben sind. Aus diesem Grund ist eine Faktorenanalyse durchgerechnet worden, deren Resultate es erlauben, typische Einstellungen zu identifizieren.

Die Analyse ergibt sechs Faktoren, die insgesamt 99,67 % der Gesamtvarianz auf sich vereinen. Eine Wiedergabe der Faktorenmatrix findet

sich im Anhang<sup>9</sup>. Nicht alle sechs Faktoren werden jedoch ausgewertet, da der Erfahrung nach eine Faktoreninterpretation nur dann sinnvoll ist, wenn der Faktor genügend Varianz auf sich lädt. Im vorliegenden Fall entsprechen nur die Faktoren I, II, III diesem Kriterium - sie vereinen insgesamt 78.8 % der Gesamtvarianz -, so daß nur sie im Folgenden interpretativ ausgewertet werden. Durch Rotation dieser drei Faktoren nach dem Varimaxprinzip wird erreicht, daß sich auf einem Faktor möglichst viele Patienten mit hohen Ladungen abbilden, die gleichzeitig auf den beiden übrigen nur geringe Ladungen haben. Wie schon bei der Methodik erwähnt, ist die Höhe der Ladung gleichbedeutend mit dem Grad der Ähnlichkeit, den ein Patient mit dem von einem Faktor repräsentierten Einstellungstyp hat. Wir können daher alle Patienten, die auf einem Faktor mit einem Wert gleich oder größer 0.5 laden, zu einer Gruppe zusammenfassen, die sich in ihrem Verhalten dem jeweiligen Typus stark annähert. Der "Typus" selber verkörpert per definitionem eine bestimmte Einstellung in reiner, idealer Form. Einzelheiten über die Ladungszahlen können der rotierten Faktorenmatrix im Anhang entnommen werden<sup>10</sup>.

Zur Interpretation eines Faktors müssen dessen Ladungen mit jedem der 49 Fragebogenmerkmale korreliert werden. Dies geschieht durch Berechnung des Vierfelderkorrelationskoeffizienten Phi. Alle Items mit einem Phi-Wert über oder gleich  $\pm 0.35$  korrelieren positiv oder negativ signifikant mit einem Faktor und gehen dementsprechend in den Einstellungstyp ein. Der Phi-Korrelationskoeffizient sagt jedoch nichts aus darüber, ob diese vermeintliche Ursache für die Genese der Beschwerden oder jene Behandlungsform einen hohen Skalenwert besitzt, etwa erheblich, stark oder wahrscheinlich, bestimmt. Er sagt vielmehr, daß dies oder jenes Merkmal für diesen Einstellungstyp im Gegensatz zu den anderen von signifikant stärkerer Bedeutung ist.

# Typische Vorstellungen zur Genese der Beschwerden und typische Behandlungserwartungen

Durch die Interpretation der rotierten Faktoren erhalten wir die entsprechenden typischen Vorstellungen zur Genese der Beschwerden und typische Behandlungserwartungen, denen die realen Vorstellungen der Patienten mehr oder weniger ähneln. Sie werden im Folgenden wiedergegeben und auf das sichtbar werdende Krankheitsverhalten hin gedeutet.

## Zu Typ I

Abb. 2 Tabelle aller Fragebogenmerkmale, die mit Faktor I signifikant korrelieren

| Nr.                                        | Merkmal                                                              | Phi-Wert |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------|
| =====                                      |                                                                      |          |
| Vorstellung zur Genese der Beschwerden     |                                                                      |          |
| =====                                      |                                                                      |          |
| 27                                         | nicht recht erklärbare innere Hemmungen                              | 0.67     |
| 4                                          | situationsbedingte nicht Überwindbare Ängste                         | 0.60     |
| 19                                         | mangelnde persönliche Anerkennung in Familie und Beruf               | 0.60     |
| 24                                         | Schwierigkeiten im sexuellen Bereich                                 | 0.47     |
|                                            | verneint wird:                                                       |          |
| 1                                          | einmal durchgemachte körperliche Erkrankung                          | -0.41    |
| =====                                      |                                                                      |          |
| Erwartungen zu möglichen Behandlungsformen |                                                                      |          |
| =====                                      |                                                                      |          |
| 42                                         | Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und Beschwerden aufklären | 0.47     |
| 47                                         | Hilfe bei Überwindung der Einsamkeitsgefühle                         | 0.41     |
| 34                                         | Hilfe durch Hypnosebehandlung                                        | 0.40     |
|                                            | verneint wird:                                                       |          |
| 35                                         | Hilfe durch straffen Behandlungsplan                                 | -0.65    |
| =====                                      |                                                                      |          |

Einstellungstyp I führt seine Beschwerden vorwiegend auf nicht recht erklärbare innere Hemmungen und situationsbedingte unüberwindbare Ängste zurück (4, 27). Mangelnde persönliche Anerkennung in Familie und Beruf sowie Schwierigkeiten im sexuellen Bereich werden ebenfalls als vermeintliche Ursachen angesehen, eine einmal durchgemachte körperliche Erkrankung jedoch abgelehnt (19, 24, 1). Wenn man ihn über den Zusammenhang zwischen den seelischen Problemen und seinen Beschwerden aufklärt, ihm hilft, seine Einsamkeitsgefühle zu überwinden oder ihn mit Hypnose behandelt, erhofft er sich eine Besserung. Einen straffen Behandlungsplan, nach dem er sich richten kann, erachtet er als wenig wirksam (42, 47, 34, 35).

Es handelt sich hier einstellungsmäßig offensichtlich um einen Typ, der seine Krankheit psychisch organisiert, dessen komplexe innere Störung deutlich zutage tritt, da jegliche Verleugnungstendenz fehlt. Er sieht seine Beschwerden als rein seelisch bedingt an und erwartet demnach auch keine Hilfe von einer auf den Körper abzielenden Therapie, sondern wünscht Hilfe bei der Überwindung seiner seelischen Schwierigkeiten.

Der rotierte Faktor I, durch dessen Interpretation sich dieser Einstellungstyp ergeben hat, vereinigt 56 % der rotierten Varianz auf sich. Acht Patienten laden mit über 0.5 auf ihm und ähneln in ihrem Verhalten dem Typus stark.

### Zu Typ II

Abb. 3 Tabelle aller Fragebogenmerkmale, die mit Faktor II signifikant korrelieren

| Nr.                                    | Merkmal                               | Phi-Wert |
|----------------------------------------|---------------------------------------|----------|
| =====                                  |                                       |          |
| Vorstellung zur Genese der Beschwerden |                                       |          |
| =====                                  |                                       |          |
| 9                                      | allgemeine Hetze heute                | 0.47     |
| 14                                     | Störung im Bereich des Gehirns        | 0.42     |
| 1                                      | durchgemachte körperliche Krankheit   | 0.41     |
| 26                                     | allgemeine Kreislaufschwäche          | 0.40     |
| 28                                     | eine versteckte körperliche Krankheit | 0.40     |
| =====                                  |                                       |          |

# Erwartungen zu möglichen Behandlungsformen

|    |                                                                     |       |
|----|---------------------------------------------------------------------|-------|
| 32 | sich mehr schonen                                                   | o.40  |
| 41 | Kuraufenthalt verschreiben                                          | o.40  |
|    | verneint werden:                                                    |       |
| 47 | Einsamkeitsgefühle Überwinden helfen                                | -o.41 |
| 40 | Hemmungen ablegen helfen                                            | -o.46 |
| 42 | Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und Beschwerden erklären | -o.47 |
| 44 | Gewinnen einer festeren inneren Haltung                             | -o.54 |

Einstellungstyp II führt seine Beschwerden auf eine allgemeine Kreislaufschwäche, eine Störung im Bereich des Gehirns, eine durchgemachte und eine versteckte körperliche Krankheit zurück, außerdem auf die allgemeine Hetze des heutigen Lebens (9, 14, 1, 26, 28). Entsprechend glaubt er, daß es ihm nützt, wenn man ihm von seiten der Ärzte mehr Schonung oder einen erholsamen Kuraufenthalt anrät (32, 41). Ebenso entsprechend der rein somatischen Genese hält er nichts davon, wenn man ihm hilft, eine festere innere Haltung zu gewinnen, seine Hemmungen abzulegen oder seine Einsamkeitsgefühle zu Überwinden. Er hält natürlich auch nichts davon, wenn der Arzt versucht, ihm den Zusammenhang zwischen den seelischen Problemen und seinen Beschwerden zu erklären (47, 42, 44, 40).

Indem der Patient jedes seelische Problem verneint und eine rein körperliche Genese seiner Beschwerden angibt, liegt der Verdacht nahe, daß es sich hierbei um einen Typ handelt, der seine Krankheit körperlich organisiert, vorwiegend charakterisiert durch Konversionssymptome, die durch ein starkes Abwehrverhalten als Reaktion auf seine innere Problematik bedingt sind.

Der rotierte Faktor II, der diesen Einstellungs- und Haltungstyp repräsentiert, vereinigt 27,4 % der rotierten Varianz auf sich. Sieben Patienten nähern sich diesem typenreinen Verhalten stark an, da sie mit Über 0.5 auf ihm laden.

### Zu Typ III

Abb. 4 Tabelle aller Fragebogenmerkmale, die mit Faktor III signifikant korrelieren

| Nr.                                        | Merkmal                                         | Phi-Wert |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------|
| =====                                      |                                                 |          |
| Vorstellung zur Genese der Beschwerden     |                                                 |          |
| =====                                      |                                                 |          |
| verneint werden:                           |                                                 |          |
| 2                                          | allgemeine Erschöpfung                          | -0.41    |
| 6                                          | angeborene wenig stabile körperliche Verfassung | -0.40    |
| 23                                         | erhöhte Lebensansprüche                         | -0.42    |
| 8                                          | ererbte Neigung zur vegetativen Labilität       | -0.47    |
| 13                                         | zu starke Medikamenteneinnahme                  | -0.47    |
| 24                                         | sexuelle Schwierigkeiten                        | -0.60    |
| =====                                      |                                                 |          |
| Erwartungen zu möglichen Behandlungsformen |                                                 |          |
| =====                                      |                                                 |          |
| 35                                         | Hilfe durch straffen Behandlungsplan            | 0.51     |
| =====                                      |                                                 |          |

Einstellungstyp III ist dadurch charakterisiert, daß keiner der 31 Einflüsse, die ihm der Fragebogen als mögliche Ursachen für seine Beschwerden anbietet, signifikant positiv mit ihm korreliert. Statt dessen werden eine Reihe von Möglichkeiten ausdrücklich verneint. Sowohl eine angeborene wenig stabile körperliche Verfassung oder eine ererbte Neigung zu vegetativer (8) Labilität, eine allgemeine Erschöpfung, erhöhte Ansprüche (2, 23) an das Leben als auch Medikamentenabusus oder sexuelle (13, 24) Schwierigkeiten werden ausdrücklich abgelehnt. Eine Besserung seiner Beschwerden erhofft er sich von einem straffen Behandlungsplan, nach dem er sich richten kann (35).

Anhand dieser Items kann der Einstellungstyp III noch nicht charakterisiert werden. Später wird sich zeigen, daß es sich um Patienten handelt, die nicht an organischen oder psychischen Beschwerden leiden, sondern die zu psychosozialem Fehlverhalten neigen. Der Wunsch nach

einem straffen Behandlungsplan (35) weist in diese Richtung, denn er soll offensichtlich ihre mangelhafte Ich-Stärke ausgleichen. Der rotierte Faktor III vereinigt 16,6 % der rotierten Varianz auf sich, wobei vier Patienten mit Über 0.5 auf ihm laden.

Mit der Beschreibung dreier voneinander unabhängiger Einstellungstypen als dem Resultat der Faktorenanalyse und der bei Typ I und II abgeleiteten Einstellungen kann die Hypothese A als verifiziert angenommen werden.

#### Korrelation der typischen Einstellungen mit den Items des Symptomenkatalogs

Durch diese Korrelation wird die Hypothese B überprüft, die fordert, daß den typischen Einstellungen charakteristische Beschwerdebilder entsprechen. Dazu werden die Phi-Korrelationskoeffizienten zwischen den drei rotierten Faktoren und jedem einzelnen Symptom des Katalogs berechnet, wobei die Werte über  $\pm 0.35$  als signifikant gelten.

#### Zu Typ I

Abb. 5 Übersicht über alle Symptome, die mit dem Faktor I signifikant korrelieren

| Nr. | Merkmal                  | Phi-Wert |
|-----|--------------------------|----------|
| 76  | trübe Stimmung           | 0.60     |
| 68  | Neigung zum Weinen       | 0.47     |
| 86  | Gewichtszunahme          | 0.42     |
| 66  | Konzentrationsschwäche   | 0.41     |
| 87  | allgemeine Ängstlichkeit | 0.41     |
| 130 | seelisch bedingt         | 0.41     |

Die Einstellung des psychisch organisierenden Typ I spiegelt sich im Symptomenbild in charakteristischer Weise wider. Trübe Stimmung, Neigung zum Weinen, Gewichtszunahme, Konzentrationsschwäche und allgemeine Ängstlichkeit sind geradezu spezifisch, wobei diese Beschwerden als seelisch bedingt angesehen werden.

### Zu Typ II

Abb. 6 Übersicht über alle Symptome, die mit dem Faktor II signifikant korrelieren

| Nr. | Merkmal                       | Phi-Wert |
|-----|-------------------------------|----------|
| 100 | rasche Erschöpfbarkeit        | 0.47     |
| 79  | Gehstörungen                  | 0.42     |
| 127 | Druckgefühl im Kopf           | 0.40     |
| 78  | Nacken- und Schulterschmerzen | 0.40     |
| 106 | Schluckbeschwerden            | 0.39     |
| 129 | körperlich bedingt            | 0.42     |

Der Verdacht, daß Faktor II einen körperlich organisierenden Einstellungstyp repräsentiert, wird durch seine signifikant positive Korrelation mit Konversionssymptomen bestätigt. Zum Symptomenbild gehören nämlich rasche Erschöpfbarkeit, Gehstörungen, Nacken- und Schulterschmerzen, Schluckbeschwerden und Druckgefühl im Kopf. Alle diese Beschwerden werden als körperlich bedingt angesehen.

### Zu Typ III

Abb. 7 Übersicht über alle Symptome, die mit Faktor III signifikant positiv korrelieren

| Nr.              | Merkmal                           | Phi-Wert |
|------------------|-----------------------------------|----------|
| verneint werden: |                                   |          |
| 122              | Heißhunger                        | -0.39    |
| 72               | geschlechtliche Untererregbarkeit | -0.40    |
| 95               | Überempfindlichkeit gegen Kälte   | -0.40    |

Spezifisch für Typ III ist, daß er weder unter Heißhunger noch unter Überempfindlichkeit gegen Kälte oder geschlechtlicher Untererregbarkeit leidet. Das Fehlen subjektiver Beschwerden paßt zu der Annahme eines zu psychosozialen Fehlverhalten neigenden Typs, der selber weniger unter Beschwerden leidet, unter dessen Verhalten aber um so mehr seine Umwelt leidet.

Die Hypothese, daß den typischen Einstellungen bestimmte Beschwerdebilder entsprechen, kann nach Auswertung des Symptomenkatalogs als bestätigt angesehen werden.

#### Korrelation der typischen Einstellungen mit den Items des charakterologischen Fragebogens

Durch Berechnung der Phi-Korrelationskoeffizienten zwischen den Faktoren und den Items des charakterologischen Fragebogens wird die Hypothese C überprüft, die postuliert, daß den typischen Einstellungen bestimmte neurosenspezifische Charaktermerkmale entsprechen. Bei Phi-Werten über 0.35 ist auf dem 5 % Verlässlichkeitsniveau ein Zusammenhang gegeben.

#### Zu Typ I

Abb. 8 Neurosenspezifische Charaktermerkmale, die signifikant mit dem Faktor I korrelieren

| Nr.                                                | Merkmal                                                       | Phi-Wert |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------|
| =====                                              |                                                               |          |
| Charakterologische Selbstbeurteilung der Patienten |                                                               |          |
| =====                                              |                                                               |          |
| 140                                                | ich halte von einer Freundschaft unter Männern (Frauen) wenig | 0.41     |
| 141                                                | andere belasten mich ziemlich oft zu sehr                     | 0.40     |
| 131                                                | ich mache mich im Leben leicht unbeliebt                      | 0.40     |
| =====                                              |                                                               |          |
| Charakterologische Beurteilung durch den Arzt      |                                                               |          |
| =====                                              |                                                               |          |
| 176                                                | Pat. wird selbst in der Liebe nicht glücklich                 | 0.53     |
| =====                                              |                                                               |          |

In der charakterologischen Selbsteinschätzung des psychisch organisierenden Typs offenbaren sich gestörte zwischenmenschliche Beziehungen, unter denen er leidet. Von einer Freundschaft unter Männern bzw. Frauen hält er wenig (140), und es passiert ihm ziemlich oft, daß andere Menschen ihn zu sehr belasten (141). Er meint auch, daß er sich im Leben leicht unbeliebt macht (131). Die Geringschätzung einer Freundschaft mit gleichgeschlechtlichen Personen weist andererseits auch darauf hin, daß homosexuelle Tendenzen fehlen (140). Aus der Sicht der Ärzte kann dieser Patiententyp selbst in der Liebe nicht glücklich werden (176).

### Zu Typ II

Abb. 9 Neurosenspezifische Charaktermerkmale, die signifikant mit dem Faktor II korrelieren

| Nr.                                                | Merkmal                                                        | Phi-Wert |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------|
| =====                                              |                                                                |          |
| Charakterologische Selbstbeurteilung der Patienten |                                                                |          |
| =====                                              |                                                                |          |
| 156                                                | Rolle des Familienvaters (der Mutter)<br>paßt                  | o.40     |
| 150                                                | ich habe es eher leichter, in der Liebe<br>glücklich zu werden | o.40     |
| 135                                                | es liegt mir recht gut, andere Menschen<br>zu lenken           | o.48     |
| 139                                                | ich gehe leicht aus mir heraus                                 | o.40     |
| 143                                                | ich fühle mich als Mann bzw. Frau<br>anerkannt                 | o.40     |
| 147                                                | ich neige nicht dazu, mich mit anderen<br>zu vergleichen       | o.48     |
| =====                                              |                                                                |          |
| Charakterologische Beurteilung durch den Arzt      |                                                                |          |
| =====                                              |                                                                |          |
| 178                                                | Pat. fürchtet nicht, daß man sich von ihm<br>abwendet          | o.47     |
| 181                                                | Pat. erscheint besonders ungeduldig                            | o.40     |
| =====                                              |                                                                |          |

Im Vergleich zum Typ I sieht der körperlich organisierende Typ seine mitmenschlichen Beziehungen in keiner Weise gestört. Er fühlt sich als Mann bzw. Frau anerkannt (143) und hat es im Vergleich zu den Ubrigen Patienten weniger schwer, in der Liebe glücklich zu werden (150), zumal er glaubt, daß die Rolle der Mutter bzw. des Familienvaters recht gut zu ihm paßt (156). Er verneint die Neigung, sich mit anderen zu vergleichen (147), er geht eher aus sich heraus (139), und es liegt ihm auch, andere Menschen zu lenken (135). Den Ärzten erscheint er als besonders ungeduldig und weniger zu fürchten, daß man sich von ihm abwendet (178, 181).

### Zu Typ III

Abb. 11 Neurosenspezifische Charaktermerkmale, die mit Faktor III signifikant korrelieren

| Nr.                                            | Merkmal                            | Phi-Wert |
|------------------------------------------------|------------------------------------|----------|
| =====                                          |                                    |          |
| Charakterologische Beurteilung durch die Ärzte |                                    |          |
| =====                                          |                                    |          |
| 181                                            | Pat. erscheint besonders geduldig  | 0.40     |
| 180                                            | Pat. benimmt sich besonders fügsam | 0.47     |
| =====                                          |                                    |          |

Die Selbsteinschätzung des Typs III ergibt keine neurosenspezifische Charaktermerkmale, die signifikant korrelieren. Die Patienten, die keine statistisch bedeutsamen Beschwerden angeben, erkennen bezeichnenderweise auch an sich selbst keine derartigen neurosenspezifischen Charaktermerkmale. Die Ärzte halten sie für besonders sozial anpassungsbereit, denn sie fallen ihnen durch Fügsamkeit und besondere Geduld (180, 181) auf - eine Haltung also, aus der sich folgerichtig der Wunsch nach einem straffen Behandlungsplan ergibt.

Die Hypothese, daß die typischen Einstellungen auch bestimmte neurosenspezifische Charaktermerkmale aufweisen, ist somit als bewiesen anzusehen(C).

# Korrelation der typischen Einstellungen mit den Skalen des MMPI-Testes

Durch die Korrelation der Skalen des Persönlichkeitstestes (MMPI) mit den drei Faktoren wird Hypothese D Überprüft, die besagt, daß die typischen Einstellungen einhergehen mit bestimmten psychischen Fehlhaltungen, soweit sie vom MMPI-Test erfaßt werden. Phi-Werte Über  $\pm 0.35$  können auf dem 5 % Verlässlichkeitsniveau als signifikant angesehen werden.

## Zu Typ I

Abb. 11 MMPI-Skalen, die mit dem Faktor I signifikant korrelieren

| Einstellungsskalen des MMPI |                                                                                              | Phi-Wert |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| =====                       |                                                                                              |          |
| L                           | Tendenz zu verleugnen in Richtung auf das sozial Erwünschte                                  | -0.40    |
| F                           | Überbetonung der Fehler und Beschwerden                                                      | 0.40     |
| =====                       |                                                                                              |          |
| Klinische Skalen des MMPI   |                                                                                              |          |
| =====                       |                                                                                              |          |
| Pt                          | Psychasthenia<br>anxious, dependent, desire to please<br>feelings of inferiority, indecisive | 0.60     |
| Si                          | Social Introversion<br>unassertive, not self-conscious, shy                                  | 0.46     |
| =====                       |                                                                                              |          |

Die psychischen Fehlhaltungen Psychasthenia und Social Introversion sind für den psychisch organisierenden Typ spezifisch. Psychasthenia umfaßt Verhaltensweisen, die nach der modernen Neuroseneinteilung eher dem depressiven Formenkreis zuzuordnen sind, und besagt, daß ein Bedürfnis nach Abhängigkeit (dependent) und zu gefallen (desire to please) besteht, daß dieser Typ schwankend (indecisive) und ängstlich (anxious) in seinem Auftreten ist. Social Introversion charakterisiert unsichere (unassertive), scheue (shy) Personen mit mangelndem Selbstbewußtsein (not self-conscious). Eine Tendenz, seine

Fehler zu verleugnen (L), besteht nicht. Statt dessen neigt er dazu, seine Fehler und Beschwerden Überzubetonen (F) - ein indirekter Appell um Hilfe.

### Zu Typ II

Abb. 12 MMPI-Skalen, die mit Faktor II signifikant korrelieren

| Einstellungsskalen des MMPI |                                                                     | Phi-Wert |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------|
| =====                       |                                                                     |          |
| L                           | Tendenz zu verleugnen in Richtung auf das sozial Erwünschte         | 0.40     |
| F                           | Überbetonung der Fehler und Beschwerden                             | -0.40    |
| =====                       |                                                                     |          |
| Klinische Skalen des MMPI   |                                                                     |          |
| =====                       |                                                                     |          |
| Hd                          | Hypochondria<br>tired, inactive, lethargic,<br>feels physically ill | 0.46     |
| Ma                          | Hypomania<br>expansiv, optimistic, decisive,<br>not bound by custom | -0.40    |
| Si                          | Social Introversion<br>unassertive, shy, not self-conscious         | -0.46    |
| =====                       |                                                                     |          |

Der körperlich organisierende Einstellungstyp korreliert negativ mit Social Introversion und Hypomania, d.h. er ist weder unsicher (unassertive), scheu (shy) noch ohne Selbstbewußtsein, aber auch nicht expansiv, optimistisch oder entschieden, sondern fügt sich in das sozial Übliche ein (bound by custom). Positiv korreliert Hypochondria. Müdigkeit (tired), Inaktivität (inactive), Teilnahmelosigkeit (lethargic) und das Gefühl, körperlich krank zu sein, charakterisieren diese Fehlhaltung. Im Gegensatz zu Typ I besteht eine Tendenz, die Fehler und Beschwerden in Richtung auf das sozial Erwünschte (social desirability) zu verleugnen, so daß Typ II diese auch nicht Überbetont (L, F).

### Zu Typ III

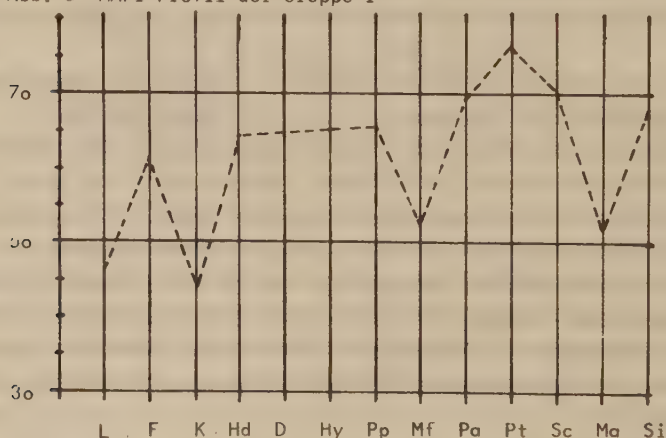
Mit diesem Einstellungstyp, ganz entsprechend den oben zitierten Ergebnissen, korreliert keine Skala des MMPI-Testes signifikant.

Dennoch kann die Hypothese (D), daß die typischen Einstellungen mit bestimmten psychischen Fehlhaltungen einhergehen, als bestätigt angesehen werden.

### Beschreibung der MMPI-Profile der gruppierten Patienten

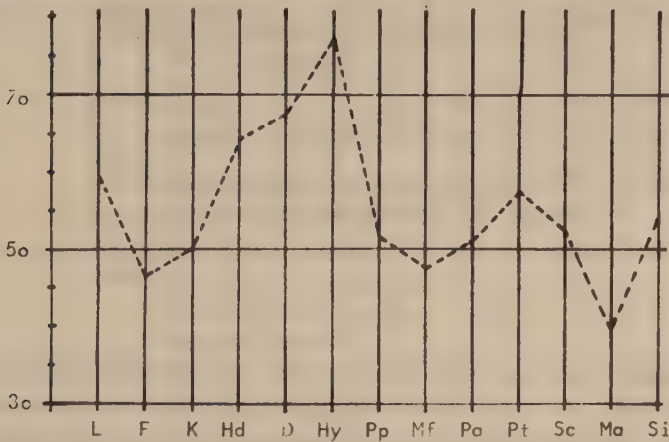
Alle Patienten, die auf einem Faktor mit Über 0.5 laden, fassen wir zu einer Patientengruppe zusammen, die in ihrem Verhalten sich dem jeweiligen Einstellungstypus stark annähert. Die MMPI-Profile dieser Gruppen beinhalten wertvolle Information, die von der Faktorenanalyse nicht erfaßt worden ist, mit deren Hilfe die Typen aber noch treffender charakterisiert werden können. Nur Skalenwerte zwischen 40 und 59 liegen im Normbereich.

Abb. 13 MMPI-Profil der Gruppe I



Betrachtet man das MMPI-Profil der Gruppe I, deren acht Patienten in ihrem Verhalten dem Typ I sehr ähneln, so liegen nur Ma (Hypomania) und Mf (interest pattern of the opposite sex) im Normbereich. Alle anderen wiedergegebenen psychischen Fehlhaltungen liegen deutlich darüber, besonders stark Psychasthenia, Schizophrenia, Paranoia und Social Introversion, so daß sich ein sehr komplexes Bild über den gestörten inneren Zustand der Patienten ergibt.

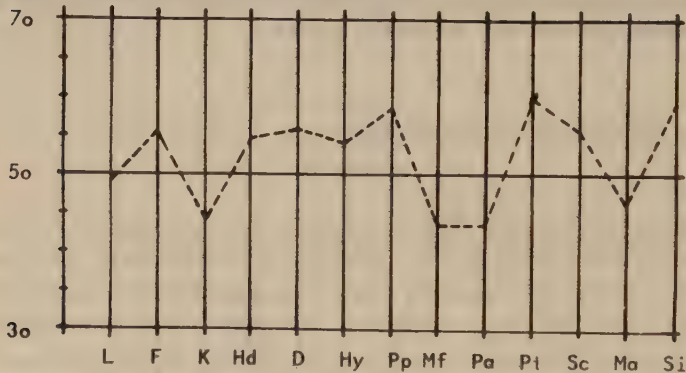
Abb. 14 MMPI-Profil der Gruppe II



Betrachtet man das Profil der Gruppe II, deren sieben Patienten in ihrem Verhalten dem Typ II ähneln, so liegen die Skalenwerte der "neurotischen Trias" Hypochondriasis, Depression, Hysteria über dem Durchschnittsbereich, während Hypomania darunter liegt. Besonders fällt der extrem hohe Hysteria-Wert auf, der dem körperlich organisierenden Einstellungstyp völlig entspricht. Diese Skala erfaßt nicht nur vor allem die konversionsneurotischen Symptome, sondern auch Aspekte der belle indifférence, das naiv-kindliche Unbeeindrucktsein von den gegebenen Beschwerden. Es ergibt sich also auch für diese Patienten eine komplexe innere Störung, die sich jedoch von Gruppe I

vor allem durch das Abwehrverhalten unterscheidet, denn die Tendenz zu verleugnen ist überdurchschnittlich ausgeprägt.

Abb.15 MMPI-Profil der Gruppe III



Bei der Gruppe III, deren vier Patienten dem Typ III nahe stehen in ihrem Verhalten, ist nur der Skalenwert von Psychasthenia über die Norm erhöht, was als Hinweis auf eine bestehende Ich-Schwäche gewertet werden kann. Dieser Befund erklärt den Wunsch nach einem straffen Behandlungsplan.

Abb. 16 Skalenwerte der MMPI-Profile der Gruppen I, II, III<sup>4</sup>

| Nr.                               | Skala                                                                                                       | Gruppe I    | II          | III       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------|
| L                                 | Tendenz zu verleugnen in Richtung auf das sozial Erwünschte                                                 | 45          | 60          | 49        |
| F                                 | Tendenz zur Überbetonung der Fehler und Beschwerden                                                         | 62          | 46          | 56        |
| K                                 | Korrekturskala                                                                                              | 43          | 50          | 43        |
| Klinische Skalen (Neurosenformen) |                                                                                                             |             |             |           |
| Hd                                | Hypochondriasis<br>tired, inactive, lethargic,<br>feels physically ill                                      | <u>63.7</u> | <u>64.5</u> | 54.5      |
| D                                 | Depression<br>serious, low in morale,<br>unhappy, self-dissatisfied                                         | <u>64.5</u> | <u>67.2</u> | 55        |
| Hy                                | Hysteria<br>idealistic, naive, articulate<br>ill under stress, social                                       | <u>65.1</u> | <u>78</u>   | 53.3      |
| Mf                                | Interest pattern of the opposite sex<br>high score: sensitive<br>low score: exaggerated<br>own sex interest | 52.7        | 48.4        | 44.7      |
| Pp                                | Psychopathic deviation<br>rebellious, cynical,<br>disregards rules,<br>socially aggressive,<br>selfish      | <u>65</u>   | 52.5        | 58.5      |
| Pa                                | Paranoia<br>perfectionistic,<br>stubborn, hard to know                                                      | <u>69.5</u> | 50.4        | 44.2      |
| Pt                                | Psychasthenia<br>dependent, desire to please,<br>feelings of inferiority,<br>anxious, indecisive            | <u>76.3</u> | 58.7        | <u>60</u> |
| Sc                                | Schizophrenia<br>negative, difficult, odd,<br>apathic, lacks social grace                                   | <u>70.6</u> | 52.5        | 55        |
| Ma                                | Hypomania<br>expansiv, optimistic,<br>decisive, not bound by custom                                         | 51.7        | <u>39.8</u> | 47.2      |
| Si                                | Social Introversion<br>unassertive,<br>not self-conscious, shy                                              | <u>68</u>   | 54.4        | 58.2      |

## 5. Diskussion

Im vorhergehenden Kapitel werden die vielfältigen Merkmale wiedergegeben, welche die Einstellungen charakterisieren. Jetzt gilt es, die psychologischen Zusammenhänge dieser "andauernden, angelernten Prädisposition zu bestimmten Verhaltensweisen", wie wir "Einstellung" eingangs definiert haben, herauszufinden. In der Diskussion werden deshalb alle Merkmale, die mit einem Einstellungstyp korrelieren oder sich aus dem MMPI-Gruppenprofil ergeben, interpretativ zusammengefaßt, so daß klar wird, warum ein Typ gerade diese Beschwerden, diese Vorstellungen zur Genese derselben und diese Erwartungsphantasien zur Therapie hat, damit klar wird, warum diese besonderen Items folgerichtig aus der psychischen Fehlhaltung resultieren.

### Die psychologischen Zusammenhänge von Einstellungstyp I

Bei Einstellungstyp I führt die psychische Fehlhaltung zu einer erheblichen Störung des Gesamtverhaltens. Der seelische Ursprung dieser Störung und ihre Auswirkungen werden von den Betroffenen deutlich erkannt, sie machen jedoch keine Anstrengung, diese zu leugnen oder abzuwehren. Im Gegenteil, sie appellieren indirekt um Hilfe, indem sie ihre Fehler und Beschwerden Überbetonen (F). Ihre gedrückte Stimmungslage (Merkmal 76) mit Affekten der Traurigkeit (Neigung zum Weinen 68) und einer diffusen Ängstlichkeit (87, 4) bedingt die Konzentrationsschwäche (66) und die Gewichtszunahme (Kummerspeck ? 86). Diese Störung der Affektivität zusammen mit den nicht recht erklärbaren inneren Hemmungen finden (27) ihr äußeres Korrelat in der gestörten allgemeinen Lebensweise und besonders in den stark beeinträchtigten zwischenmenschlichen Beziehungen. Durch innere Fesseln ist ihre Persönlichkeit in ihrer Entfaltung stark eingeengt. In Beruf und Familie fühlen sie sich mangelhaft anerkannt, sie leiden unter Einsamkeitsgefühlen (47), empfinden andere als Belastung (141) und sind deshalb auch nicht geneigt, freundschaft-

liche Beziehungen anzuknüpfen (140). Sie haben Schwierigkeiten im sexuellen Bereich (24). Der Weg führt in die Isolierung, denn ihre Kontaktversuche enden meist mit einer Frustration, so daß sich ein *circulus vitiosus* entwickelt: Bei ihrem Appell um Hilfe, der sich in ihrer Neigung zur Überbetonung ihrer Fehler und Beschwerden ausdrückt (F), schwingt unbewußt ein starker Hingabewunsch (Pt, *desire to please*, Wunsch nach Hypnose 34) und ein übertriebenes Bedürfnis nach Abhängigkeit mit (Pt, *dependent*), das andere Personen abstößt. Subjektiv erfahren sie dann, daß sie sich im Leben leicht unbeliebt machen (140). Durch die frustrierten Kontaktversuche enttäuscht, wird ihre unentschiedene, unsichere und ängstliche Persönlichkeit mit ihren Minderwertigkeitsgefühlen und ihrem mangelnden Selbstbewußtsein (Pt) noch weiter beeinträchtigt. Es resultieren komplex gestörte, scheue, zurückgezogene Individuen, deren Problematik offen zutage tritt und die unfähig sind, ihren Zustand aus eigener Kraft zu ändern.

Für diesen wenig angepaßten Typ dominiert die seelische Symptomatik so sehr, daß eine körperliche Genese gar nicht in Betracht gezogen wird. Sie wird sogar ausdrücklich verneint (1). Entsprechend verspricht er sich auch wenig Hilfe von einer auf den Körper abzielenden Therapie, sondern wünscht Hilfe bei der Überwindung seiner seelischen Schwierigkeiten. Auch die passiv-hingebenden Züge dieser Einstellung, die sich in dem Wunsch nach Hypnose (34) und nach persönlicher Zuwendung ausdrücken (24, 47), sind charakteristisch. Die Psychosomatische Klinik besitzt für Patienten dieser Art das Image einer liebenden, schützenden Mutter, die sie brauchen, weil ihre eigene Abwehr zusammengebrochen ist. Die väterliche Strenge, wie sie der Wunsch nach einem straffen Behandlungsplan symbolisiert, wird von ihnen zurückgewiesen (35).

Klinisch finden wir diesen psychisch organisierenden Typ oft bei depressiven Reaktionen und depressiven Fehlentwicklungen, aber auch bei Angstneurosen. Eine starke kindliche Abhängigkeit und Trennungsängste, die offen zutage liegen, geben den psychologischen Hintergrund ab.

## Die psychologischen Zusammenhänge von Einstellungstyp II

Einstellungstyp II scheint bei oberflächlicher Betrachtungsweise mit I nichts gemeinsam zu haben, weil beide sich in vielen Merkmalen gegensätzlich verhalten. Das psychische Gleichgewicht der Betroffenen ist offensichtlich intakt; es sind nur körperliche Allgemeinsymptome, über die sie klagen und für die sie auch eine rein somatische Genese angeben (14, 1, 26, 28), begünstigt durch die allgemeine Hetze des heutigen Lebens (9). Auch ihre Erwartungen zu möglichen Behandlungsformen entspricht der Logik ihrer Einstellung: mehr Schonung und ein Kuraufenthalt (32, 41) würden ihnen helfen; Unterstützung beim Bemühen, Einsamkeitsgefühle zu überwinden (47), Hemmungen abzulegen (40) oder eine festere innere Haltung zu gewinnen (44), lehnen sie ab, weil für sie kein Zusammenhang zwischen ihren seelischen Problemen und ihren Beschwerden besteht (42). Das soziale Verhalten und die zwischenmenschlichen Beziehungen sind aus ihrer Sicht heraus auch nicht gestört. Sie fühlen sich als Frau bzw. als Mann anerkannt (143) und haben es nicht nötig, sich stark mit anderen zu vergleichen (147), ja, sie halten sich sogar als besonders geeignet für Führungsaufgaben (135) und für die Elternrolle (156).

Betrachtet man dagegen die Ergebnisse des MMPI-Tests, so wird deutlich, daß es sich bei dieser idealen Selbsteinschätzung um Wunschenken handelt, das sich die Patienten zurechtgezimmert haben und das der Realität nicht entspricht. Die Skalenwerte des "neurotischen Trias" im MMPI-Profil, Hypochondria, Depression, besonders aber Hysteria, sind stark über die Norm hinaus erhöht. Ebenso zeigt sich eine Tendenz, ihre Fehler und Beschwerden in Richtung auf das sozial Erwünschte zu verleugnen (L). Während hypochondrische und hysterische Merkmale zu finden sind - der starke Gedanke an die angegriffene Gesundheit und die naive, idealistische Selbsteinschätzung im Sinne einer belle indifference sowie die Konversionssymptome -, sucht man vergeblich nach Anzeichen für eine depressive Problematik, die für den hohen Skalenwert verantwortlich ist. Weder haben die Patienten das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit, noch sind sie

niedergeschlagen oder mit sich selbst unzufrieden. Wir finden zwar einen erhöhten Skalenwert für Depression, jedoch keine depressive Verstimmung, denn diese Problematik haben die Patienten abgewehrt und durch Somatisation maskiert. Sowohl der Überwertige Gedanke an eine physische Krankheit als auch die naive Selbsteinschätzung und die Konversionssymptome sind Resultate der unbewußten Konfliktabwehr und demnach nur vorgeschoben, kombiniert mit dem Protest, nicht neurotisch zu sein. Bei einer reinen Konversionshysterie hätte das MMPI-Profil das charakteristische Konversions V mit einem hohen Hd-Wert, niederen D-Wert und hohen Hy-Wert. In unserem Fall jedoch liegt der Skalenwert von D zwischen dem von Hd und Hy.

Das Abwehrverhalten bringt für den Patienten einen doppelten Krankheitsgewinn: Erstens entwickelt sich kein circulus vitiosus wie bei Typ I - im Gegenteil, das psychische Gefüge stabilisiert sich - , weil durch die Konversion die latente Angst reduziert wird. Zweitens erreichen sie über den Umweg der Transformation die nötige Beachtung und Pflege, weil in unserer Gesellschaft weitgehend nur die Rolle des körperlich Kranken als Ursache für persönliches und gesellschaftliches Versagen anerkannt wird. Die Technik des Krankheitsgewinnes ist es - hier als Anpassung an das sozial Geduldete - , die eine gänzlich anders geartete Verarbeitung der depressiven Problematik zuwege bringt, als Einstellungstyp I sie zeigt. Für den geschulten Beobachter ist das starke Abwehrverhalten der Patienten offensichtlich; die explorierenden Ärzte halten sie für besonders ungeduldige Patienten (181), die weniger als andere fürchten, daß man sich von ihnen abwendet (178).

Während bei Typ I die offensichtliche Dekompensation der Abwehr für die psychische Organisation der Krankheit ausschlaggebend ist, bestimmt bei Typ II umgekehrt die starke Abwehr das Gesamtverhalten des Patienten, das wir körperlich organisierend nennen können. Die Vorstellungen der Patienten dieses Typs zur Genese ihrer Beschwerden, die sie fast ausschließlich auf somatische Einflüsse zurückführen, und zu Therapieformen, die eine aufs Organische ausgerichtete Behandlung fordert, leitet sich folgerichtig aus ihrer Einstellung her. Sie sind ungeduldige Patienten (181), die nicht nur nicht recht wissen, was sie

in der Psychosomatischen Klinik sollen, sondern sie sogar innerlich ablehnen, weil sie deren Hilfe für ihre Beschwerden subjektiv gar nicht benötigen.

### Die psychologischen Zusammenhänge von Einstellungstyp III

Für Einstellungstyp III scheint beim Zeitpunkt der Überweisung weder eine seelische noch irgendeine vorgeschobene körperliche Problematik aktuell zu sein (122, 72, 95). Eine allgemeine biologische Disposition (2, 6, 8), erhöhte Lebensansprüche (23), Medikamentenabusus (13) und sexuelle Schwierigkeiten werden als mögliche pathogenetische Einflüsse eindeutig zurückgewiesen. Den Ärzten fällt dessen besondere Geduld und Fügsamkeit beim Erstinterview auf. Man staunt zunächst, warum gerade ein straffer Behandlungsplan geeignet sein soll, ihm zu helfen (35).

Das Bild wird verständlicher, wenn man Ergebnisse heranzieht, die durch die Fragebögen nicht erfaßt worden sind. Es zeigt sich nämlich, daß es für sie schwierig ist, sich in die soziale Ordnung ihrer Umgebung einzufügen. Bei zwei der vier Patienten, die dem Einstellungstyp nahestehen, findet man Alkoholismus, einmal kombiniert mit Nikotinabusus, Arbeitsstörung, Autoritätsschwierigkeiten, im dritten Fall Arbeitsstörung, Autoritätsschwierigkeiten, Querulationsneigung, beim vierten Patienten körperliche Beschwerden ohne nachweisbare Psychogenese. Einstellungstyp III wird also überwiegend durch psychosoziales Fehlverhalten charakterisiert. Die zugrundeliegende Problematik bleibt verborgen, dafür zeigt sich bei diesen Patienten offen die Tendenz, ihre Umgebung aktiv zu stören. Wahrscheinlich sind aufgrund einer neurotischen Fehlentwicklung ihre Ich-Funktionen dahingehend geschwächt, daß ihre Fähigkeit zur Triebkontrolle herabgesetzt ist. Ihre augenscheinliche Geduld und Fügsamkeit beim Erstinterview (181, 180) resultieren im Sinne einer soziopathischen Anpassungsneigung aus dieser Ich-Schwäche. Das Verlangen nach einem straffen Behandlungsplan

enthält indirekt den Appell an den Arzt, durch aktive äußere Führung ihre Ich-Schwäche auszugleichen. Der über den Normbereich hinausgehende Skalenwert von Psychasthenia (dependent, desire to please, feelings of inferiority, indecisive, anxious) im MMPI-Profil bestätigt das Bild.

Typ III ist charakterisiert durch psychosoziales Fehlverhalten mit soziopathischer Anpassungsneigung. Die Patienten dieses Typs leiden selbst weniger unter Beschwerden, können demgemäß auch nichts zur Genese derselben sagen, da sich ihre soziopathische Verhaltensweise nach außen richtet. Während der Neurotiker vom Typ I und II seine Triebbefriedigung aus Rücksicht auf soziale Realitäten und auf Über-Ich-Ansprüche zurückstellt, opfern diese umgekehrt die soziale Rücksichtnahme ihren Triebbedürfnissen. Sie erkennen, daß sie sich aus eigener Kraft heraus nicht sozial verhalten können, und suchen daher in der Psychosomatischen Klinik ersatzweise väterliche Strenge, wie sie sich in dem Verlangen nach einem straffen Behandlungsplan ausdrückt.

#### Die Validität und der Erkenntniswert der Ergebnisse

Mit der angewandten Methodik ist es möglich gewesen, die eingangs formulierten Hypothesen zu verifizieren. Drei verschiedene Einstellungstypen können beschrieben werden, indem bei 30 Patienten der Psychosomatischen Klinik die Vorstellung zur Genese ihrer Beschwerden und ihre Erwartungen zur Therapie erfaßt und diese mit neurosenspezifischen Symptomen und Charaktermerkmalen sowie psychischen Fehlhaltungen korreliert werden. Außerdem werden Merkmale herangezogen, die sich aus dem MMPI-Gruppenprofil ergeben, und auch Ergebnisse, die aus der Anamnese stammen.

Die übrigen 11 Patienten, die in die Faktorenanalyse eingehen, sind Mischtypen, die auf mehreren Faktoren laden. In ihrem Verhalten

finden sich Merkmale der unabhängigen Einstellungstypen in gemischter Form.

Die diagnostische Validität der systematischen Einstellungsmessung mit Hilfe der Fragebogenmethode erweist sich für das gestellte Problem als ausreichend.

Bewußt wird darauf verzichtet, die ärztlichen neurosenpsychologischen Diagnosen heranzuziehen, da uns deren Aussagekraft für die Fragestellung dieser Arbeit zu gering erschien. Die Einstellungstypen werden daher rein deskriptiv beschrieben, wie sie sich induktiv aus den ermittelten Merkmalen ableiten lassen.

Die drei Einstellungstypen mit besonderem Krankheitsverhalten sind:

- I. Ein seine Krankheit psychisch organisierender Typ, der sich offen seine psychische Beeinträchtigung eingesteht, sich seelisch krank fühlt und daher eine kooperative Psychotherapie erwartet.
- II. Ein seine Krankheit körperlich organisierender Typ, verschlossen durch sein verleugnendes Abwehrverhalten, der sich körperlich krank fühlt, dem die Einsicht in die Bedeutung seiner psychischen Schwierigkeiten fehlt und der daher eine kooperative Psychotherapie nicht erwartet.
- III. Ein schwerer zu beurteilender Typ, der keine systematische Krankheitstheorie hat und eine rein passive Teilnahme an irgendeiner Behandlung wünscht. Diesem Typ stehen überwiegend Patienten nahe, die zu psychosozialen Fehlverhalten neigen.

Der Erkenntniswert der vorliegenden Ergebnisse ist für die Psychotherapie von einigem Interesse. Die drei Typen verhalten sich nicht

nur in sich erstaunlich folgerichtig und heben sich auch nicht nur deutlich voneinander ab (Typ I und II sind für die Psychotherapie echte Alternativtypen!). Entscheidender für das psychotherapeutische Bemühen ist es wohl, daß diese Arbeit eine Richtung aufzeigt, in der die Indikationsbeurteilung für eine Psychotherapie dadurch verbessert werden kann, indem man systematisch Informationen von Patienten über ihre Krankheitseinstellung gewinnt, deren methodische Auswertung bisher nicht in dieser Weise versucht worden ist.

## 6. Zusammenfassung

Aus dem komplexen Gesamtverhalten der Patienten bei der Ersteinweisung in die Psychosomatische Klinik werden zwei Aspekte herausgegriffen, um zu einer Aussage über das Krankheitsverhalten (illness behavior) zu gelangen: ihre Vorstellungen zur Genese ihrer Beschwerden und ihre Erwartungen zu möglichen Therapieformen. Mit Hilfe einer Faktorenanalyse können drei besondere Einstellungstypen beschrieben werden, die mit neurosenspezifischen Symptomen und Charaktermerkmalen sowie MMPI-Skalen korrelieren. Durch die Interpretation der zu jeder typischen Einstellung erhaltenen Merkmale lassen sich drei Typen von Krankheitsverhalten herleiten und in ihren psychodynamischen Zusammenhängen erläutern.

## 7. Literaturangabe und Anhang

### Literaturangabe

- 1) Horace English and Ava C. English: "A comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms", 1958
- 2) Benjamin Frutcher: "Introduction to Factor Analysis"; D. Van Nostrand Company, Inc., 1954, Princeton, New Jersey, S. 99
- 3) Gustav Lienert: "Verteilungsfreie Methoden der Biostatistik", Verlag Anton Hain, Meisenheim am Glan, 1962, S. 176 ff
- 4) Hathaway and Monachesie: "Adolescent Personality and Behavior - MMPI Patterns of Normal, Delinquent, Dropout and other Outcomes"; The University of Minnesota Press, Minneapolis, 1963

### Anhang

#### 5) Items der Einstellungsskalen

- I. Einflüsse, die möglicherweise für die Entstehung der Beschwerden wichtig gewesen sind oder es noch sind:
  1. Eine körperliche Erkrankung, die Sie einmal durchgemacht haben?  
Skalierung: nicht - kaum - mittel - erheblich - stark
  2. Allgemeine Erschöpfung?
  3. Übermäßiger Gebrauch von Genußmitteln?
  4. Ängste, die Sie in bestimmten Situationen nicht Überwinden können?
  5. Fehlende innere Sicherheit durch mangelnden religiösen oder weltanschaulichen Halt?

6. Eine angeborene wenig stabile körperliche Verfassung?
7. Eigene Willensschwäche (Gleichgültigkeit)?
8. Eine ererbte Neigung, bei Erregung oder Belastung mit körperlichen Beschwerden zu reagieren (wie leichtes Schwitzen, Schwindel, Durchfall, Kopfschmerzen, Herzklopfen)?
9. Allgemeine Hetze des heutigen Lebens?
10. Schwierigkeiten mit Vorgesetzten und Kollegen im Beruf?
11. Fehlende körperliche Bewegung?
12. Vereinsamung durch den Verlust eines geliebten Menschen oder einer Umgebung, in der Sie sich wohlfühlten?
13. Übermäßige Einnahme von Medikamenten?
14. Eine Störung im Bereich des Gehirns?
15. Eine nervöse Übererregbarkeit?
16. Dauernde Überlastung im Beruf oder zu Hause?
17. Körperliche Umstellungszeiten wie Pubertät, Wechseljahre oder Alter?
18. Zu starkes Sich-Gehen-Lassen aus Bequemlichkeit?
19. Mangelnde persönliche Anerkennung in Familie und Beruf?
20. Zu wenig und zu schlechter Schlaf?
21. Eine unsichere wirtschaftliche und finanzielle Lage?
22. Eintönigkeit im Alltag?
23. Etwas Überhöhte Ansprüche an das Leben?
24. Schwierigkeiten im sexuellen Bereich?
25. Zu große Strenge gegenüber sich selbst?
26. Eine allgemeine Kreislaufschwäche?
27. Innere Hemmungen, die Sie nicht recht erklären können?
28. Eine versteckte körperliche Krankheit?
29. Fehlen einer ausfüllenden Beschäftigung durch nicht ganz richtige Berufswahl?
30. Eine manchmal etwas ausschweifende Lebensweise?

31. Fehlende Sicherheit durch Krisen und Unruhe innerhalb Deutschlands oder auch in der Welt allgemein?

## II. Vorstellungen zu möglichen Therapieformen

Die Patienten sollen beurteilen, ob der Arzt ihnen helfen kann, wenn er ...

32. Ihnen rät und dabei hilft, sich mehr zu schonen?  
Skalierung: nicht - kaum - vielleicht - wahrscheinlich - bestimmt
33. eine Möglichkeit findet, Ihre berufliche Situation zu verbessern?
34. Sie durch Hypnose behandeln würde?
35. für Sie einen straffen Behandlungsplan ausarbeitet, nach dem Sie sich genau richten können?
36. die eigentliche körperliche Ursache herausfindet?
37. Ihnen rät, einiges an Ihrer Lebensweise zu ändern (z.B. Eßgewohnheiten, mehr Schlaf, weniger Genußmittel, weniger ausschweifendes Leben, mehr Bewegung)?
38. Ihnen hilft, Ihre Gleichgültigkeit zu Überwinden?
39. Sie eventuell arbeitsunfähig schreibt?
40. Ihnen hilft, Ihre Hemmungen abzulegen?
41. dafür sorgt, daß Sie sich in einem längeren Kuraufenthalt erholen können?
42. Sie über den Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und Ihren Beschwerden aufklärt?
43. darauf achtet, daß Sie Ihre Medikamente regelmäßig einnehmen?
44. Ihnen hilft, eine festere innere Haltung zu gewinnen?
45. eine Möglichkeit findet, Ihre häusliche Situation erträglicher zu gestalten?
46. eigens den Chefarzt zu Ihrer Behandlung heranzieht?
47. Ihnen hilft, Einsamkeitsgefühle zu Überwinden?

48. mit Ihnen gemeinsam in Gesprächen Ihre Schwierigkeiten zu klären versucht?
49. einen anderen Menschen in Ihrer Umgebung dazu bringen kann, verständnisvoller mit Ihnen umzugehen?

6) Items des Symptomenkatalogs

64. Schwächegefühl

Skalierung: Nicht - kaum - einigermaßen - erheblich - stark

65. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern

66. Konzentrationsschwäche

67. Druck- oder Völlegefühl im Leib

68. Neigung zum Weinen

69. Juckreiz

70. Ohnmachtsanfälle

71. Übermäßiges Schlafbedürfnis

72. Geschlechtliche Untererregbarkeit

73. Gelenk- oder Gliederschmerzen

74. Schwindelgefühl

75. Kreuz- oder Rückenschmerzen

76. Trübe Stimmung

77. Starkes Schwitzen

78. Nacken- oder Schulterschmerzen

79. Gehstörungen

80. Zwanghafte Neigung zum Grübeln

81. Erbrechen

82. Todesangst

83. Sehstörungen

84. Anfälle

85. Übelkeit

86. Gewichtszunahme
87. Allgemeine Ängstlichkeit
88. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals
89. Innere Unruhe
90. Drang zum Wasserlassen
91. Energielosigkeit
92. Beklemmungsgefühl
93. Hautveränderungen
94. Aufstoßen
95. Überempfindlichkeit gegen Kälte
96. Sodbrennen oder saures Aufstoßen
97. Verkrampfung im Arm beim Schreiben
98. Kopfschmerzen
99. Überempfindlichkeit gegen Wärme
100. Rasche Erschöpfbarkeit
101. Schlafstörungen
102. Geschlechtliche Übererregbarkeit
103. Müdigkeit
104. Gleichgewichtsstörungen
105. Vergeßlichkeit
106. Schluckbeschwerden
107. Hustenreiz
108. Gefühl der Benommenheit
109. Taubheitsgefühl (Einschlafen, Absterben, Brennen  
oder Kribbeln in Händen und Füßen)
110. Verstopfung
111. Appetitlosigkeit
112. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen

113. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen
114. Mattigkeit
115. Durchfälle
116. Lähmungen
117. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust
118. Zittern
119. Halsschmerzen
120. Leichtes Erröten
121. Kalte Füße
122. Heißhunger
123. Magenschmerzen
124. Anfallsweise Atemnot
125. Unterleibschmerzen
126. Gewichtabnahme
127. Druckgefühl im Kopf
128. Beschwerden bei der Periode
129. Glauben Sie, daß Ihre Beschwerden körperlich bedingt sind?
130. Glauben Sie, daß Ihre Beschwerden seelisch bedingt sind?

## 7) Charakterologische Fragebögen (von Richter und Beckmann)

## I. Selbsteinschätzung der Patienten

- |                             |               |                           |
|-----------------------------|---------------|---------------------------|
| 131. Ich glaube, ich mache  | 3 2 1 0 1 2 3 | selten unbeliebt.         |
| mich im Leben leicht        |               |                           |
| unbeliebt                   |               |                           |
| 132. Ich bin im allge-      |               |                           |
| meinen wenig besorgt        | /             | sehr besorgt, daß man mir |
|                             |               | etwas wegnimmt.           |
| 133. Ich lege wenig Gewicht | /             | viel Gewicht darauf, ob   |
|                             |               | man mich mag oder nicht.  |

- |                                                                                              |   |                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 134. Ich neige eher zu froher                                                                | / | eher zu bedrückter Stimmung.                                                                                               |
| 135. Es liegt mir nicht                                                                      | / | recht gut, andere Menschen zu lenken.                                                                                      |
| 136. Ich glaube, meine Umgebung hält eher wenig                                              | / | eher viel von mir.                                                                                                         |
| 137. Ich lege bei mir wenig                                                                  | / | viel Wert auf ein geschmackvolles Äußeres.                                                                                 |
| 138. Ich bin gern                                                                            | / | sehr ungern allein.                                                                                                        |
| 139. Ich gehe nicht leicht                                                                   | / | leicht aus mir heraus.                                                                                                     |
| 140. Ich halte von einer Männerfreundschaft viel (bzw. Freundschaft unter Frauen)            | / | wenig.                                                                                                                     |
| 141. Es passiert mir kaum                                                                    | / | ziemlich oft, daß andere mich zu sehr belasten.                                                                            |
| 142. Ich suche selten                                                                        | / | zumeist einen Verbündeten, um mit Schwierigkeiten besser fertigzuwerden, die von irgendeiner anderen Seite gemacht werden. |
| 143. Ich fühle mich als Mann anerkannt (Frau)                                                | / | wenig anerkannt.                                                                                                           |
| 144. Ich habe selten den Wunsch                                                              | / | sehr häufig den Wunsch, es besser zu machen als andere.                                                                    |
| 145. Anderen Menschen gegenüber, die etwa mein Alter haben, fühle ich mich meist eher jünger | / | eher älter.                                                                                                                |
| 146. Ich habe wenig Wünsche                                                                  | / | viele Wünsche an das Leben.                                                                                                |
| 147. Ich neige nicht dazu                                                                    | / | sehr stark dazu, mich mit anderen zu vergleichen.                                                                          |
| 148. Ich kann mich wenig                                                                     | / | sehr gut in das Erleben einer Frau (eines Mannes) einfühlen.                                                               |
| 149. Auf Sauberkeit und Ordnung gebe ich nicht sehr                                          | / | sehr stark acht.                                                                                                           |

- |                                                                                                |   |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------|
| 150. Ich habe es im Vergleich mit anderen wohl eher schwerer                                   | / | leichter, in der Liebe glücklich zu werden.                            |
| 151. Mich beschäftigt es im allgemeinen wenig                                                  | / | sehr stark, was andere von mir erwarten.                               |
| 152. Mich trifft es nicht besonders                                                            | / | sehr schwer, wenn jemand sich von mir zurückzieht.                     |
| 153. Ich zweifle sehr                                                                          | / | glaube sicher zu sein, daß ich einem Partner viel Liebe schenken kann. |
| 154. Ich neige bei Schwierigkeiten dazu, nachzugeben                                           | / | meinen Willen durchzusetzen.                                           |
| 155. Ich verliere schnell die Geduld,                                                          | / | ich halte mich eher für einen Menschen mit viel Geduld.                |
| 156. Ich glaube, die Rolle eines Familienvaters (einer Mutter) paßt wohl prinzipiell nicht gut | / | recht gut zu mir.                                                      |

## II. Einschätzung der Patienten durch die Ärzte

- |                                                                                          |               |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------|
| 157. Ich schätze, der Pat. macht sich im Leben stets unbeliebt                           | 3 2 1 0 1 2 3 | stets beliebt.                                          |
| 158. Mir scheint, der Pat. hat keine                                                     | /             | sehr große Angst, daß man ihm etwas wegnimmt.           |
| 159. Mir scheint, der Pat. legt es nicht                                                 | /             | immerfort darauf an, andere in sich verliebt zu machen. |
| 160. Ich glaube, der Pat. ist sehr froh                                                  | /             | sehr bedrückt.                                          |
| 161. Ich glaube, der Pat. legt es nicht                                                  | /             | stets darauf an, andere Menschen zu bevormunden.        |
| 162. Der Pat. scheint darauf eingestellt zu sein, daß man ihn für besonders minderwertig | /             | ausgezeichnet hält.                                     |

- |                                                                                       |   |                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 163. Der Pat. legt in seiner äußeren Aufmachung anscheinend kein                      | / | sehr viel Gewicht darauf, daß man ihn schön findet.                                                      |
| 164. Ich glaube, der Pat. hat überhaupt kein                                          | / | ein großes Anklammerungsbedürfnis.                                                                       |
| 165. Der Pat. geht gar nicht                                                          | / | leicht aus sich heraus.                                                                                  |
| 166. Ich glaube, der Pat. fühlt sich sehr stark                                       | / | gar nicht zu Vertretern des eigenen Geschlechts hingezogen.                                              |
| 167. Ich glaube, der Pat. gerät nie                                                   | / | stets dahin, daß er sich von anderen gequält fühlt.                                                      |
| 168. Ich habe nicht                                                                   | / | sehr stark das Gefühl, der Pat. möchte mit mir insgeheim gegen andere oder einen anderen zusammenhalten. |
| 169. Ich glaube, der Pat. ist in seiner Männlichkeit (ihrer Weiblichkeit) keineswegs  | / | besonders unsicher.                                                                                      |
| 170. Ich glaube, der Pat. ist nicht                                                   | / | dauernd darauf eingestellt, andere zu übertreffen.                                                       |
| 171. Der Pat. benimmt sich mir gegenüber, als wäre er im Verhältnis zu mir kindlicher | / | älter.                                                                                                   |
| 172. Ich empfinde den Pat. als anspruchslos                                           | / | unersättlich.                                                                                            |
| 173. Ich glaube, der Pat. beschäftigt sich nicht                                      | / | stets damit, wie er im Verhältnis zu Konkurrenten abschneidet.                                           |
| 174. Mir scheint, der Pat. hat keine                                                  | / | besonders ausgeprägte weibliche (männliche) Züge.                                                        |
| 175. Ich glaube, der Pat. nimmt Sauberkeit und Ordnung besonders wenig                | / | in besonders hohem Maße ernst.                                                                           |
| 176. Ich habe das Empfinden, daß der Pat. selbst in der Liebe nicht                   | / | leicht glücklich werden kann.                                                                            |

|                                                                                 |   |                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 177. Ich glaube, der Pat. denkt nicht                                           | / | immer nur daran, was andere von ihm erwarten.                                            |
| 178. Der Pat. fürchtet sich nach meinem Eindruck nicht                          | / | besonders davor, daß man sich von ihm abwendet.                                          |
| 179. Ich glaube, der Pat. kann einem Partner keine                              | / | sehr viel Liebe schenken.                                                                |
| 180. Ich glaube, der Pat. benimmt sich im Vergleich zu anderen besonders fügsam | / | besonders eigensinnig.                                                                   |
| 181. Der Pat. erscheint mir besonders ungeduldig                                | / | besonders geduldig.                                                                      |
| 182. Ich kann mir bei dem Pat. grundsätzlich nicht                              | / | besonders gut vorstellen, daß die Rolle eines Familienvaters (einer Mutter) zu ihm paßt. |

8) Minnesota Multiphasic Personality Inventory von Starke R. Hathaway und J. Charnley McKinley; herausgegeben vom Psychologischen Institut der Universität des Saarlandes.

9) Matrix der sechs unrotierten Faktoren

| Faktor | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Var. 1 | -0.3362 | 0.5182  | -0.0330 | -0.1443 | 0.0794  | -0.0517 |
| 2      | -0.3105 | 0.3370  | 0.1017  | -0.1564 | -0.0243 | -0.4974 |
| 3      | -0.2865 | 0.4555  | -0.3559 | 0.0197  | 0.2705  | 0.2229  |
| 4      | -0.2763 | 0.5149  | 0.1236  | 0.2037  | -0.3873 | -0.1832 |
| 5      | -0.4037 | 0.5243  | 0.2662  | -0.2053 | -0.0382 | 0.0852  |
| 6      | -0.2252 | 0.5976  | -0.2247 | 0.0834  | 0.1971  | 0.3055  |
| 7      | -0.6434 | -0.1605 | 0.0506  | -0.2129 | -0.3464 | 0.0343  |
| 8      | -0.3601 | -0.2619 | 0.0856  | -0.3870 | 0.2898  | 0.1653  |
| 9      | -0.4801 | 0.0990  | 0.5331  | 0.3005  | -0.0258 | 0.1292  |
| 10     | -0.4471 | 0.0215  | 0.5557  | 0.0502  | -0.1501 | 0.1694  |
| 11     | -0.5778 | -0.2267 | 0.2454  | 0.0673  | 0.3595  | -0.2108 |
| 12     | -0.4794 | -0.4293 | -0.1281 | -0.0981 | -0.0487 | 0.1818  |
| 13     | -0.3209 | 0.0056  | -0.4448 | 0.1490  | -0.3010 | 0.1074  |
| 14     | -0.7732 | -0.1179 | 0.0255  | 0.0088  | 0.0041  | 0.2020  |
| 15     | -0.4826 | -0.6050 | 0.0764  | -0.0009 | 0.1268  | -0.2356 |
| 16     | -0.3330 | 0.3137  | -0.0991 | -0.1302 | -0.0849 | -0.1157 |
| 17     | -0.7337 | -0.1495 | -0.0895 | -0.0488 | -0.2687 | -0.1185 |
| 18     | -0.2732 | -0.4400 | 0.4841  | -0.0700 | -0.4936 | 0.1014  |

|        |         |         |         |         |         |         |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 19     | -0.5574 | -0.2217 | -0.3420 | 0.3194  | 0.0537  | -0.0534 |
| 20     | -0.1769 | -0.4688 | -0.2948 | -0.1409 | -0.1327 | -0.0239 |
| 21     | -0.7219 | 0.5201  | -0.2595 | -0.0335 | -0.1352 | -0.1377 |
| 22     | -0.4007 | 0.0051  | 0.2599  | 0.2649  | -0.1173 | 0.2954  |
| 23     | -0.5468 | -0.4163 | -0.1623 | 0.2600  | 0.2708  | -0.2011 |
| 24     | -0.6329 | 0.1570  | 0.0231  | -0.3719 | 0.0426  | -0.0123 |
| 25     | -0.4394 | -0.0936 | -0.2549 | 0.0128  | 0.2312  | 0.1020  |
| 26     | -0.3221 | 0.4201  | 0.2822  | -0.1273 | 0.3862  | -0.0673 |
| 27     | -0.6386 | 0.2649  | -0.2112 | -0.1721 | -0.0883 | -0.0277 |
| 28     | -0.6472 | 0.0202  | 0.2017  | 0.2855  | 0.1024  | -0.0883 |
| 29     | -0.5578 | 0.1391  | -0.2413 | 0.3303  | 0.0473  | 0.0279  |
| 30     | -0.3353 | -0.3457 | -0.1339 | -0.3115 | -0.0595 | 0.1804  |
| Faktor | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       |

10) Rotierte Faktoren-Matrix

| Variable | Faktor | I              | II            | III           |
|----------|--------|----------------|---------------|---------------|
| 1        |        | 0.0317         | <u>0.6086</u> | 0.1062        |
| 2        |        | 0.0120         | <u>0.4137</u> | 0.2215        |
| 3        |        | -0.1144        | <u>0.6051</u> | -0.1926       |
| 4        |        | 0.1432         | <u>0.5400</u> | 0.2111        |
| 5        |        | 0.1237         | <u>0.5795</u> | 0.3975        |
| 6        |        | 0.0661         | <u>0.6630</u> | -0.1201       |
| 7        |        | <u>-0.5172</u> | 0.1769        | 0.3787        |
| 8        |        | -0.3575        | -0.0577       | 0.2729        |
| 9        |        | -0.0413        | 0.2015        | <u>0.6944</u> |
| 10       |        | -0.0501        | 0.1152        | <u>0.7025</u> |
| 11       |        | -0.4188        | 0.0443        | <u>0.5178</u> |
| 12       |        | <u>-0.6300</u> | -0.0889       | 0.1603        |
| 13       |        | -0.4249        | 0.2670        | -0.2216       |
| 14       |        | <u>-0.5967</u> | 0.2832        | 0.4197        |
| 15       |        | <u>-0.6353</u> | -0.2806       | 0.3497        |
| 16       |        | -0.1078        | 0.4514        | 0.0615        |
| 17       |        | <u>-0.6384</u> | 0.2633        | 0.3029        |
| 18       |        | -0.2126        | -0.3409       | <u>0.5841</u> |
| 19       |        | <u>-0.6686</u> | 0.1723        | 0.0015        |
| 20       |        | <u>-0.5146</u> | -0.2354       | -0.1332       |
| 21       |        | -0.4891        | <u>0.6297</u> | 0.1237        |
| 22       |        | -0.1609        | 0.1457        | 0.4254        |
| 23       |        | <u>-0.6859</u> | -0.3065       | 0.1639        |

|             |         |               |        |
|-------------|---------|---------------|--------|
| Variable 24 | -0.3489 | 0.4429        | 0.3284 |
| 25          | -0.4761 | 0.2003        | 0.0084 |
| 26          | 0.1313  | 0.4476        | 0.3771 |
| 27          | -0.4004 | <u>0.5893</u> | 0.1223 |
| 28          | -0.3525 | 0.2951        | 0.4986 |
| 29          | -0.4260 | 0.4508        | 0.0641 |
| 30          | -0.4856 | -0.0899       | 0.0770 |

|        |   |    |     |
|--------|---|----|-----|
| Faktor | I | II | III |
|--------|---|----|-----|

Die gruppierten Variablen (= Patienten) sind unterstrichen.

Franz Plaum

Gießen, den 3. März 1968

### Lebenslauf

Ich, Franz Georg Plaum, wurde am 22.11.1942 als Sohn des Gastwirts Albert Plaum und seiner Ehefrau Lisa, geb. Gaul, in Fulda geboren, wuchs jedoch in Bad Nauheim auf. Nach fünf Grundschuljahren in der dortigen Volksschule besuchte ich das neusprachliche Ernst-Ludwig-Gymnasium in Bad Nauheim. 1963 legte ich im mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig meine Reifeprüfung ab.

Anschließend immatrikulierte ich mich an der Medizinischen Fakultät der Justus Liebig-Universität Gießen. Nach bestandener ärztlicher Vorprüfung im September 1965 setzte ich mein Medizinstudium an der Universität Wien im Wintersemester 1965/66 fort, um zum Abschluß der Studien wieder nach Gießen zurückzukehren. Hier arbeitete ich in der Zeit vom Juni 1966 bis zum März 1968 an meiner Dissertation und absolvierte im Wintersemester 1968/69 das medizinische Staatsexamen.



